

FICHE DE LIAISON  
pour les mineurs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle est à la discrétion du directeur-trice de séjour et sera détruite en fin d'accueil

ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :  /  /  Sexe :  Féminin  MasculinAdresse : Téléphone : 

## VACCINATIONS

**Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins** (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination, attestation du médecin traitant)

**Joindre un certificat de contre-indication du vaccin** (dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires)

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant)

**Attention** : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<input type="text" value="Rougeole"/>	<input type="text" value="Varicelle"/>	<input type="text" value="Oreillons"/>	<input type="text" value="Scarlatine"/>	<input type="text" value="Coqueluche"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

<input type="text" value="Migraine"/>	<input type="text" value="Otite"/>	<input type="text" value="Angine"/>	<input type="text" value="Asthme"/>	<input type="text" value="Rhumatisme articulaire aigu"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant est-il sujet à des allergies ?

<input type="text" value="Allergies médicamenteuses"/>	<input type="text" value="Allergies alimentaires"/>	<input type="text" value="Autres allergies"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Lesquelles : .....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

## RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Responsable légal  (Nom, prénom)

Adresse pendant le séjour

Téléphone

Nom et téléphone du médecin traitant

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, **déclare exacts les renseignements** portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature

Je soussigné(e),

agissant en tant que (père, mère, responsable légal)

de l'enfant

déclare **autoriser les personnes suivantes à récupérer l'enfant** nommé ci-dessus :

1ère personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

2ème personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

3ème personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

Signature

Je soussigné(e),

agissant en tant que (père, mère, responsable légal)

de l'enfant

autorise la FAL du Cantal :

- À prendre en photo l'enfant nommé ci-dessus  Oui  Non
- À utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'intérieur de l'Accueil collectif de mineur  Oui  Non
- À utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'extérieur de l'Accueil collectif de mineur  Oui  Non

Signature